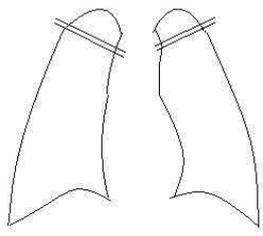


(別紙2)

健康診断書

氏名		男・女	生年月日				年齢	
			明・大・昭	年	月	日	歳	
住所								
既往歴								
現症歴								
身長	cm	視力	裸眼⑤	⑤	検尿	尿糖	蛋白	ウロビリノーゲン
体重	kg		矯正⑤	⑤				
胸囲	cm	聴力	⑤	⑤				
血圧	/ mmHg	補聴器	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無				
脈		血液 検査	梅毒反応	HBS抗原	HCV抗体	白血球	赤血球	血色素
色神								
X線所見(平成 年 月 日撮影)			心電図					
								
認知症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	認知症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 妄想				
集団への適応	<input type="checkbox"/> 適応	<input type="checkbox"/> 不適応		<input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> その他()				
障がい高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2							
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V							
入居に際しての注意事項・特記事項をご記入ください (身体機能、栄養状態、嚥下、入浴、皮膚の状態など処置・観察が必要な事項に関してご記載ください)								
上記の通り診断します			令和 年 月 日					
医療機関名の所在地 および名称			医師氏名			印		